UNIVERSITE de PARIS VIe
FACULTE de MEDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année 1973

N° 82

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME d'ETAT)

PAR

Marie-Josephe AFCHAIN née DEGON
Externe des Hôpitaux de PARIS
née le 8 mars 1946 à le NOUVION-en-THIERACHE (02)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1973

UNE STATISTIQUE d'HEMORRAGIES de la DELIVRANCE OBSERVEES en SERIE CONTINUE, PENDANT 6 ANNEES de FONCTIONNEMENT de la MATERNITE de L'HOPITAL ROTHSCHILD

PRESIDENT : Monsieur LE LORIER, Professeur

UNIVERSITE de PARIS VIe
FACULTE de MEDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année 1973

N° ____

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME d'ETAT)

PAR

Marie-Josephe AFCHAIN née **DEGON**
Externe des Hopitaux de PARIS
née le 8 mars 1946 à le NOUVION-en-THIERACHE (02)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1973

UNE STATISTIQUE d'HEMORRAGIES de la DELIVRANCE OBSERVEES en SERIE CONTINUE, PENDANT 6 ANNEES de FONCTIONNEMENT de la MATERNITE de L'HOPITAL ROTHSCHILD

PRESIDENT : Monsieur LE LORIER, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

P L A N

INTRODUCTION

I - PROBLEMES NOSOLOGIQUES

II - MATERIEL ET METHODES

III - RESULTATS D'ENSEMBLE

IV - REPARTITION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE SELON LES AGES ET LES PARITES

V - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'ETAT DE L'ENFANT

A - POIDS DE L'ENFANT

B - VITALITE DE L'ENFANT

C - GEMELLITE

VI - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES ANTECEDENTS HEMORRAGIQUES

A - CYCLE MENSTRUEL

B - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE ITERATIVES

C - HEMORRAGIES DE LA GROSSESSE

D - HEMORRAGIES DU TRAVAIL

VII - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES AVORTEMENTS ANTERIEURS

VIII - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT AVANT LA DELIVRANCE

A - DUREE DU TRAVAIL

B - DUREE DE L'EXPULSION SEULE

C - PERFUSION

D - APPLICATION DE FORCEPS

E - ETAT DU PERINEE

IX - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'HEURE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LA JOURNEE DE 24 HEURES

X - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

XI - TRAITEMENT DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

A - DELIVRANCE ARTIFICIELLE

B - REVISION UTERINE

C - HYPOPHYSE INTRA-MURALE

D - METHERGIN

XII - PREVENTION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

CONCLUSION

A mon mari ...

A mes enfants, avec toute mon affection...

A ma famille...

A Monsieur le Professeur LE LORIER
qui nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail,

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée..

A mon Jury de Thèse...

En hommage respectueux à nos Maîtres, au cours de notre Externat, dans les Hopitaux de PARIS :

. Mr. le Professeur HEWITT
. Mr. le Professeur DUFOURMENTEL
. Mr. le Professeur HUGUIER
. Mr. le Professeur LOEPER
. Mr. le Professeur KREIS
. Mr. le Professeur CAYLA

INTRODUCTION

Autrefois, l'infection puerpérale représentait la principale cause de mortalité ; depuis les antibiotiques, elle laisse la vedette au danger hémorragique.

En effet, les statistiques intéressant la mortalité maternelle au cours des accouchements, montrent que les hémorragies de la délivrance n'ont pas complètement cessé de jouer un rôle.

Prenons d'abord comme point de référence, le nombre des hémorragies de la délivrance consigné dans les thèses de fonctionnement intéressant la clinique BAUDELOCQUE des années 1925 à 1931 incluse. Pendant ces 7 années, 17 527 accouchements avaient été effectués parmi lesquels 605 hémorragies de la délivrance avaient été observées, soit une fréquence de 3,5%. Pendant cette période les 605 hémorragies avaient entraîné 18 morts maternelles, soit une proportion de près de 1 mort par hémorragie de la délivrance pour 1 000 naissances.

Dans son rapport RIVIERE, au Congrès de PARIS en 1959 cite le chiffre de 28 morts par hémorragie de la délivrance pour 100 000 naissances. Les cas mortels représentent environ 5% des causes de mortalité maternelle. Cette dernière s'élève en effet à 562 pour les mêmes 526 636 naissances.

D'autre part, l'O.M.S. indique la totalité des hémorragies de la grossesse et du travail en 1951, le chiffre de 10,5 morts pour 100 000 nés vivants. Les hémorragies obstétricales sont avec les accidents de toxémie, les plus grands responsables de décés en maternité ; la plupart de ces hémorragies surviennent au moment de la délivrance.

Les progrès thérapeutiques en réanimation et la connaissance de plus en plus approfondie de l'hémostase tentent d'en minimiser les effets, cependant les conséquences fonctionnelles et même lésionnelles de ces hémorragies mettent l'accent sur la nécessité de les traiter dans l'immédiat, ou mieux de les prévenir.

Dans ce but, il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances de survenue particulière et de reconnaître un terrain prédisposé.

.../...

Néanmoins, si certaines femmes ont des facteurs de risque anormalement importants et exigent une surveillance toute particulière avec l'espoir de prévenir l'hémorragie, toutes les femmes peuvent saigner au moment de la délivrance, pour des motifs imprévus ou méconnus ; toutes les accouchées méritent donc une surveillance active pendant la période de délivrance. C'est le cas du service hospitalier qui a permis ce travail statistique sur les hémorragies de la délivrance, dans l'espoir qu'il sera l'occasion d'une surveillance toujours plus précise et toujours plus active des accouchées.

.../...

I - PROBLEMES NOSOLOGIQUES

Nous définissons l'hémorragie de la délivrance comme suit : "Hémorragie dont l'origine se trouve au niveau de la zone d'insertion placentaire, survenant au moment même de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormale par son abondance, qui dépasse 500 millilitres et par son retentissement général".

1/ - HEMORRAGIE DONT L'ORIGINE EST AU NIVEAU DE LA ZONE D'INSERTION PLACENTAIRE

Ceci exclut toutes les hémorragies d'autres causes, contemporaines de la délivrance : plaie vaginale, plaie du col, ou même simple épisiotomie qui, lorsqu'elle intéresse certaines varicosités vulvaires, peut saigner de façon importante.

2/ - SURVENANT AU MOMENT DE LA DELIVRANCE OU DANS LES 24 HEURES QUI SUIVENT L'ACCOUCHEMENT :

des rétentions placentaires peuvent ne se manifester que tardivement vers le 10e ou 15e jour, parfois même au bout d'un mois après l'accouchement en donnant des hémorragies dues généralement à une infection endo-utérine. Ces hémorragies sont, par définition, exclues du cadre des hémorragies de la délivrance, il en est de même des hémorragies dites classiquement du travail, telles que celles du placenta praevia ou de l'hématome rétroplacentaire, qui toutes deux se manifestent déjà en fin de grossesse et peuvent se prolonger au moment de la délivrance, du fait de la mauvaise rétraction du segment inférieur, incapable d'assurer une hémostase satisfaisante, dans le cas du placenta praevia, en raison des possibilités d'afibrinogénémie acquise dans le cas de l'hématome rétroplacentaire.

3/ - DEPASSANT LA QUANTITE NORMALE ET RETENTISSANT SUR L'ETAT GENERAL

L'hémorragie, au moment de la délivrance est considérée comme physiologique jusqu'à 500 millilitres, mais chez certaines femmes ayant déjà saigné notamment dans les placenta praevia, des hémorragies parfois moins abondantes que celles-là peuvent retentir gravement sur l'état général, d'où l'importance de ces deux précisions.

Dans notre étude, nous ne voulons pas dépasser le cadre nosologique que nous nous sommes fixé et nous nous limiterons aux hémorragies de la délivrance survenues chez des femmes ayant accouché par les voies naturelles répondant à notre définition. Le critère de gravité des hémorragies que nous choisissons, la transfusion, nous fera éliminer de la série des femmes transfusées après l'accouchement I7 femmes, qui auront été transfusées, pour des raisons qui ne relèvent pas stricto sensu de la délivrance.

.../...

Ces 17 transfusions relevées se décomposent ainsi :

- 2 femmes transfusées après leur accouchement pour une anémie pendant la grossesse, l'une imputable à la grossesse, la seconde préexistante,
- 1 cas d'hémorragie gravidique sans étiologie précise retrouvée,
- 3 placenta praevia
- 4 hématomes rétroplacentaires
- 5 femmes transfusées en suites de couches pour des hémorragies survenues plus de 24 heures après l'accouchement dont 1 par fibrome et 1 autre par polype utérin.
- 2 cas de lésions vaginales, une plaie cervico-vaginale et un thrombus vaginal.

Nous allons procéder à présent à l'étude des hémorragies de la délivrance survenues en 6 années d'activité à la maternité de l'hôpital ROTHSCHILD, de l'année 1966 à l'année 1971 incluse.

.../...

II - MATERIEL et METHODES

Nous avons donc passé en revue les hémorragies de la délivrance observées à la maternité de l'hôpital ROTSCHILD des années 1966 à 1971 incluses.

A - FREQUENCE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Au cours de ces six années consécutives 7 734 accouchements ont été pratiqués dans le service ; il a été constaté 94 hémorragies de la délivrance, soit une fréquence d'environ 1,2 %.

Cette fréquence absolue ne permet guère de comparaison précise, étant donné la variabilité des critères définissant l'hémorragie de la délivrance selon les statistiques.

La pratique de la pesée systématique du sang nous paraît sujette à caution, d'autant plus que certains parlent d'hémorragie de la délivrance à partir de 300 grammes alors que d'autres exigent 500 grammes. Nous doutons par ailleurs qu'il soit possible de peser l'absolue totalité du sang qui survient au cours de la délivrance, sur une série continue assez longue. Aussi, dans le Service d'où est issue cette étude, la pesée du sang n'est-elle pas systématique ; pourtant, dans la plupart des observations traitant d'une hémorragie de la délivrance, l'hémorragie a été pesée et mesurée, mais nous ne pouvons faire état d'une définition pondérale de l'hémorragie, en raison de l'absence d'une série de contrôle ; c'est donc à chaque fois la critique de l'observation qui a permis de définir l'hémorragie de la délivrance.

A la maternité de l'hôpital ROTHSCHILD, la première sage-femme note elle-même, sur un cahier spécial toutes les particularités du déroulement de chaque accouchement ; ce système a l'avantage de nous faire bénéficier d'éléments d'appréciation identiques pour la critique des observations de ces six années ; pour notre série les critères définissant l'hémorragie de la délivrance seront donc toujours semblables et nous estimons dans ces conditions les données comparatives, autrement valables que dans les séries où les observations ont été prises par des personnes différentes.

A titre de comparaison, nous pouvons rappeler le nombre des hémorragies de la délivrance qui avaient été colligées à la maternité BAUDELOCQUE de 1956 à 1962. Pendant ces Sept années, avaient été pratiqués 20 059 accouchements parmi lesquels étaient comptées 299 hémorragies de la délivrance, soit une fréquence d'environ 1,5 %

.../...

B - GRAVITE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Plusieurs critères statistiques peuvent être retenus pour juger du retentissement d'une hémorragie. Nous avons fait la critique de la méthode pondérale trop grossière ; le pouls, la tension artérielle, la pâleur, la température des téguments rendent mieux compte de la gravité d'une hémorragie, à condition que l'observateur soit toujours le même.

Nous ne pouvons sans être quelque peu partial, affirmer l'exactitude absolue de ces critères, car dans bien des cas, l'urgence de la situation fait qu'une hémorragie très grave n'a pas été mesurée et les éléments purement cliniques n'ont pas toujours été notés avec suffisamment de précision, pour que nous puissions leur reconnaître une valeur statistique.

Le critère que nous retenons est celui des transfusions effectuées, en effet :

- d'une part, nous pensons qu'il est le reflet le plus objectif de l'hémorragie,

- d'autre part, celles-ci ont été très soigneusement notées dans la totalité des observations que nous avons consultées.

La seule faiblesse que nous lui imputons nous paraît minime : il est assurément indéniable que la décision de transfuser est prise le plus souvent, dans le cas particulier des hémorragies de la délivrance, en urgence et est sujette aux variations d'une indication clinique liée à des facteurs individuels, l'observateur étant différent selon l'heure.

Il n'en reste pas moins vrai que la transfusion nous paraît être le critère le plus précis dont nous puissions faire état.

.../...

III - RESULTATS D'ENSEMBLE

Les chiffres observés année par année sont reportés dans le tableau qui suit.

	A	H	H/A	T	T/A	T/H
1966	1 355	4	0,2	1	0,05	25 %
1967	1 183	11	0,9	8	0,65	70 %
1968	1 209	16	1,3	11	0,9	68 %
1969	1 222	22	1,8	14	1,1	63 %
1970	1 257	19	1,5	12	0,9	62 %
1971	1 508	22	1,4	18	1,2	81 %
TOTAL	7 734	94	1,2	64	0,8	68 %

A = Nombre d'accouchements

H = Nombre d'hémorragies de la délivrance

H/A = Fréquence des hémorragies

T = Nombre de femmes transfusées

T/A = Pourcentage de femmes transfusées, par rapport au nombre d'accouchements ou fréquence de transfusions

T/H = Pourcentage de femmes transfusées par rapport aux hémorragies de la délivrance correspondant au facteur gravité.

.../...

A/ FREQUENCE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

L'examen de ces résultats d'ensemble amène quelques réflexions :

- la fréquence des hémorragies de la délivrance est variable selon l'année sans que l'on puisse établir un rapport avec l'évolution des techniques,

- la variabilité de cette fréquence est un bon reflet des hasards du recrutement hospitalier,

- l'amplitude relativement faible des variations de cette fréquence exprime bien l'homogénéité des habitudes d'un même service hospitalier.

B/ - GRAVITE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Le pourcentage de femmes transfusées est en accroissement constant depuis 1966, cette augmentation du nombre des transfusions est encore plus nette par rapport aux chiffres de la Maternité BAUDELOCQUE de 1956 à 1962. Sans doute, faut-il voir dans cette évolution le reflet de la notion que le choc hémorragique est beaucoup mieux compensé par la transfusion sanguine que par toute autre thérapeutique.

Nous jugeons de la gravité générale des hémorragies par la quantité de sang transfusé nécessaire pour compenser la déperdition sanguine.

Sur 6 années, nous avons relevé 64 femmes ayant été transfusées pour une hémorragie de la délivrance. Les quantités de sang se décomposent ainsi :

Nombre de femmes transfusées ayant présenté une hémorragie de la délivrance	Quantité de sang transfusée
28	0,5 l
28	1 l
4	1,5 l
2	2 l
2	> 2 l

.../...

Parmi ces 64 femmes, une seule est morte, il s'agit varisemblablement d'une hémorragie par afibrinogénémie dont on sait l'intérêt actuel qu'on lui porte, puisque l'obstétrique est responsable de 95% des cas d'afibrinogénémie rencontrés en clinique. Nous rapportons ici l'observation (dossier N° 786 -I968).

C/ - UN CAS D'AFIBRINOGENEMIE

"Il s'agit d'une primipare de 30 ans ayant un lourd passé artériopathique. Elle a subi en 1960 une sympathectomie lombaire gauche mais n'en souffre pas moins encore d'une artériopathie périphérique gauche.
Du point de vue obstétrical, elle a fait deux fausses couches curetées à 3 mois et à 1 mois I/2 ; Dès le début de sa grossesse, on note une insuffisance hormonale mixte, elle présente en outre un syndrome toxémique et le bilan rénal reste perturbé malgré le régime sans sel strict.

L'accouchement se fait par les voies naturelles à 8 mois, il s'agit d'un enfant hypotrophique de I,850 kg ; une hémorragie se déclare 3 h 1/2 après une délivrance apparemment complète. Entre temps, l'enfant est mort une heure après sa naissance.

Une réanimation intense : 22 flacons de sang , iniprol, acide ε amino-caproïque, fibrinogène, ne permet pas de venir à bout de l'hémorragie et la malade décède".

Cette observation permet de mettre l'accent sur une étiologie de l'afibrinogénémie moins courante et moins évidente que ne le sont l'hématome rétroplacentaire, l'embolie amniotique ou la retention d'un oeuf mort = l'état de choc.

Cette observation est la preuve que le sang n'apporte que des quantités très insuffisantes de fibrinogène utilisable, et est totalement incapable de rétablir la coagulation, d'où le terme général de coagulopathie de consommation que l'on a proposé et qui nous semble donner un bon reflet de la physiopathologie de l'affection.

-- Dans un premier temps, le passage de substances à propriétés thrombopathiques, dans le sang maternel, provoque une coagulation intravasculaire diffuse qui est responsable de la disparition du fibrinogène.

-- Dans un deuxième temps, l'organisme réagit contre cette coagulation diffuse en libérant ses activateurs qui vont provoquer une fibrinolyse (celle-ci serait donc pratiquement toujours secondaire).

Citons également dans notre série le cas d'une deuxième afibrinogénémie qui, elle, a été réduite par la réanimation (I97I - 538) : il s'agit d'une femme à sa quatrième grossesse présentant une incompatibilité Rhésus qui avait accouché d'un foétus mort-né macéré, présentant une anomalie vasculaire du cordon (1 artère - 1 veine).

..../...

Nous avons en outre relevé deux hémorragies de la délivrance dues à des troubles de la coagulation patents : une thrombopénie (1968 -731) et une thalassémie (1969 - 1091).

La connaissance de la possibilité de tels accidents doit donc inciter lors de la grossesse, à faire un bilan sanguin le plus complet possible, afin d'orienter la femme vers un Centre spécialisé pour l'enquête étiologique.

Cette attitude systématique permettra d'éviter des accidents dans tous les cas où un risque hémorragique peut-être prévu.

.../...

IV - REPARTITION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE SELON LES AGES ET LES PARITES

Le tableau qui suit rend compte du nombre d'hémorragies de la délivrance et du nombre de femmes transfusées en fonction de leur âge et de leur parité.

	I PARE		II PARE		III PARE		IV PARE		n PARE	
	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H
< 20 ans	6	7	1							
20 - 24	16	25	4	6	3	3				
25 - 29	5	10	5	9	3	5	1	1		
30 - 34	4	7	1	3	4	5	1	2	2	2
35 - 39							1	1	3	4
> 40 ans					2	2	1	1	1	1

Les résultats nous permettent de dresser un tableau exprimant la gravité des hémorragies de la délivrance par le rapport T/H, en fonction de l'âge et de la parité séparément.

.../...

A/ - GRAVITE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE, EN FONCTION DE LA PARITE

PARITE	I PARE	II PARE	III PARE	IV PARE	n PARE
T/H	31/49	11/18	12/15	4/5	6/7
% de T par rapport à H	63 %	61 %	80 %	80 %	85 %

Il ressort à l'évidence de ce tableau que la classique fréquence des hémorragies chez les multipares est retrouvée.

La gravité des hémorragies augmente donc avec la parité.

B/ - GRAVITE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'AGE

AGE	T / H	% de T par rapport à H
< 20 ans	7/7	100 %
20 - 24 ans	23/34	67 %
25 - 29 ans	14/25	52 %
30 - 34 ans	12/19	63 %
35 - 39 ans	4/5	80 %
> 40 ans	4/4	100 %

.../...

Les résultats montrent bien que les pourcentages les plus faibles d'hémorragies graves, puisque nous rapportons la gravité au nombre de femmes transfusées, se trouvent situés entre 25 et 30 ans et si nous les regroupons non plus, en 6 classes de femmes, mais seulement 3 :

AGES	% de T par rapport à H
< 25 ans	$30/_{41}$ 73 %
25 - 35	$26/_{44}$ 59 %
> 35 ans	$8/_{9}$ 80 %

Nous corroborons alors la notion que la gravité des hémorragies de la délivrance est d'autant plus grande que l'on se trouve aux âges extrêmes de la vie génitale.

C/ - IMPORTANCE DU FACTEUR AGE-PARITE DANS LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Le simple bon sens établit un lien entre l'âge et la parité ; il nous semble néanmoins que l'âge intervient de manière plus significative que la parité dans la gravité des hémorragies de la délivrance.

- En effet, si les grandes multipares ont saigné plus gravement que les primipares,

- La gravité est nettement plus grande avant 20 ans et après 40 ans. Sans doute pour les femmes plus âgées, devons-nous tenir compte de l'évolution avec l'âge de la pathologie gravidique et féminine en général, mais nous n'avons pas d'explications pour les femmes plus jeunes.

Aussi, devons-nous dépister d'autres critères intervenant dans la gravité des hémorragies de la délivrance.

.../...

V - LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'ETAT DE L'ENFANT

A - POIDS DE L'ENFANT

Le nombre d'hémorragies observées et de transfusions effectuées, nous permettent de juger de la gravité des hémorragies de la délivrance, en fonction du poids de l'enfant.

POIDS	H	T	% de transfusées par rapport aux hémorragies
< 2,5 kgs	11	9	81 %
2,5 - 3	12	9	75 %
3 - 3,5	36	26	72 %
3,5 - 4	25	15	60 %
> 4	10	5	50 %

On constate sur le tableau que plus le poids de l'enfant est faible, plus l'hémorragie est grave ; la prématurité est donc un facteur non négligeable de la gravité du risque hémorragique.

Si la fréquence des hémorragies de la délivrance est grande, lorsque l'enfant pèse plus de 4 kgs, ce qui est facilement explicable par la surdistension utérine, par contre ces hémorragies sont peu graves. Cette constatation est identique à celle faite à BAUDELOCQUE.

B/ - VITALITE DE L'ENFANT

Nous avons essayé d'établir un lien entre la vitalité de l'enfant et la fréquence des hémorragies de la délivrance.

Lorsque l'enfant est mort in utéro, nous notons une fréquence de plus de 2 % d'hémorragie, chiffre supérieur à la fréquence habituelle (1,2%), mais étant donné le nombre restreint de cas, nos chiffres doivent être considérés comme peu significatifs. On peut se demander cependant, si des anomalies mineures de la coagulation n'ont pas pu expliquer cette relative fréquence des hémorragies lorsque l'enfant est mort avant le début du travail ; et surtout leur gravité de beaucoup supérieure à la normale (86% contre 68 % environ normalement).

.../...

C/ GEMELLITES

En cas d'accouchements gémellaires, nous avons observé également un nombre plus important d'hémorragies de la délivrance ; l'atonie par surdistension utérine en est évidemment responsable.

La gravité de ces hémorragies est aussi bien supérieure à la moyenne :

$$T/_H = 3/_3 = 100\ \%$$

mais étant donné le nombre très restreint de ces cas, la valeur de ces chiffres est tout de même peu significative.

.../...

VI - LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES ANTECEDENTS HEMORRAGIQUES

A/ CYCLE MENSTRUEL

Nous avons fait le relevé des hémorragies et de leur gravité en fonction de la durée des règles telles qu'elles sont consignées sur les observations obstétricales avec l'arrière pensée que les femmes ayant des règles longues présenteraient peut-être un plus grand risque d'hémorragie au moment de la délivrance.

Durée des règles	H	T	% de T par rapport à H
2 - 3 jours	20	17	85 %
4 - 5 jours	59	36	61 %
6 - 7 jours	10	6	60 %
> 8 jours	5	5	100 %

Comme le montre le tableau, nous n'avons pas une confirmation complète de notre hypothèse, mais nous pouvons néanmoins avancer que les hémorragies de la délivrance sont plus graves chez les femmes dont la durée des règles est plus éloignée de la normale.

B - HEMMORAGIES DE LA DELIVRANCE ITERATIVES

Nous ne possédons pas dans notre série d'assez nombreux cas d'hémorragies de la délivrance chez des femmes en ayant déjà présenté antérieurement, pour que nous puissions faire état de chiffres statistiques.

Par ailleurs, dans les cas que nous avons relevés, il est évident que l'existence de ces antécédents avaient suffisamment alerté pour qu'une thérapeutique prophylactique soit habituellement pratiquée ; la gravité en avait été ainsi considérablement réduite.

.../...

C / - HEMORRAGIES DE LA GROSSESSE

Nous faisons état de 8 hémorragies de la délivrance chez des femmes qui avaient déjà saigné au cours de la grossesse, parmi ces femmes ayant saigné pendant leur grossesse, 4 ont été transfusées ; il ne fait donc aucun doute que l'attention ayant été particulièrement attirée par le caractère hémorragique de la grossesse, les mesures prophylactiques qui ont été prises ont permis de minimiser la gravité du pronostic.

D / - HEMORRAGIES DU TRAVAIL

Nous avons relevé 3 hémorragies de la délivrance chez des femmes ayant déjà saigné au cours du travail, ces 3 femmes ayant été transfusées.

Une parmi ces femmes a saigné à la fois pendant la grossesse, le travail et la délivrance.

.../...

VII - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES AVORTEMENTS ANTERIEURS

Nous avons été frappé en procédant au dépouillement des observations des 94 hémorragies de la délivrance que nous avons relevées sur ces 6 années par la fréquence des antécédents d'avortements.

Parmi ces femmes 22 avaient avorté au moins une fois avant la grossesse, à l'issue de laquelle est survenue l'hémorragie de la délivrance.

En fonction du nombre d'avortements et du nombre de curetages, nous pouvons dresser le tableau suivant :

Nombre d'avortements antérieurs ou de curetages	Nombre de femmes ayant avorté	Nombre de femmes curetées
1	16	11
2	3	3
> 2	3	3

Il est évident que les chiffres rapportés sont ceux qui ont été consignés dans les observations et qu'ils sous-estiment le nombre réel des antécédents d'avortements. Il est donc logique de n'accorder à ces chiffres qu'une valeur relative, mais nous soulignons malgré tout le fait que le pourcentage d'avortements est légèrement plus important dans notre étude que dans une série témoin : 23% contre 20% (valeur qui paraît statistiquement assez significative) et que le pourcentage d'avortements curetés est lui aussi supérieur dans notre série d'études : 18% contre 11% (valeur statistiquement plus ou moins significative, étant donné le nombre moins important de cas, mais tout de même à retenir).

Ainsi, nous pouvons imputer aux antécédents d'avortements curetés, une certaine responsabilité dans la survenue des hémorragies de la délivrance, lors de grossesses ultérieures.

Une autre remarque nous paraît importante, le nombre de transfusions chez les femmes qui ont subi un curetage est supérieur à celui des femmes qui compte un avortement sans curetage dans leurs antécédents (75% de transfusions dans le premier cas, contre 60% dans le second cas).

Sans que nous puissions considérer cette constatation comme statistiquement significative, il semble donc que le nombre de curetages antérieurs influence la gravité des hémorragies de la délivrance.

.../..

VIII - LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DES CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT AVANT L'HEURE DE LA DELIVRANCE

A/ - DUREE DU TRAVAIL

Nous faisons intervenir la parité pour juger de la gravité des hémorragies de la délivrance en fonction de la durée du travail (T/H)

PARITE	< 3h 30	3h 30 5h 30	5h 30 7h 30	7h 30 10h	> 10h
I	2/4 50%	5/10 50%	10/15 66%	10/14 71%	6/6 100%
II & III	12/14 85%	7/10 70%	3/3 100%	2/2 100%	0/2
N	6/9 64%	1/1 100%	1/1 100%	0/2	0/1

Nous constatons selon notre attente que la gravité des hémorragies de la délivrance augmente avec la durée du travail.

Cette gravité augmente d'ailleurs à durée de travail égal avec la parité ; fait compréhensible, le travail étant normalement plus long chez la primipare.

Ces faits s'expliquent aisément : la contractibilité de l'utérus est épuisée par un travail long et pénible, ce qui favorise l'inertie utérine, source d'hémorragie de la délivrance.

B/ DUREE DE L'EXPULSION SEULE

Nous avons calculé la gravité des hémorragies de la délivrance en fonction de la durée d'expulsion.

PARITE	< 20'	21 à 40'	41 à 60'	> 60'
I PARE	19/33 57%	8/12 66%	1/1 100%	4/4 100%
N PARE	31/42 73%	1/2 50%		

.../...

Le tableau fait apparaître que, plus la durée d'expulsion est longue, plus grave est l'hémorragie (les chiffres trop faibles ne pouvant avoir aucune signification statistique).

Ce résultat est conforme à la logique = à une bonne expulsion correspond une bonne tonicité utérine, donc un risque moindre d'hémorragie de la délivrance.

A durée d'expulsion égale, la plus grande proportion de transfusions, chez la multipare, donc la plus grande gravité, s'explique de la même manière : la grande multiparité réduit la capacité contractile du myomètre.

C/- PERFUSIONS

Les conclusions précédentes nous ont donné l'idée de rechercher les cas où avait été prescrite une thérapeutique ocytocique, avant la période de la délivrance. En effet, une telle thérapeutique correspond évidemment à des anomalies de la dynamique utérine et nous pensons aussi pouvoir juger de l'influence de celle-ci sur la gravité de l'hémorragie.

Thérapeutique ocytocique	H	T	% de T par rapport à H
SPARTEINE	24	18	75 %
HYPOPHYSE I.M.	15	13	86 %
HYPOPHYSE I.V.	8	7	87 %

Nous sommes tentés de conclure, que l'hémorragie est d'autant plus grave que la dynamique utérine réclame une thérapeutique plus efficace, mais cette conclusion doit être nuancée par les modifications qu'entraîne cette thérapeutique, et il semblerait que les femmes ayant subi une perfusion de post-hypophyse, présenteraient des hémorragies un peu plus graves que la moyenne.

.../...

D/ - APPLICATION DE FORCEPS

Nous avons noté sur les 7 734 accouchements de notre série, 287 applications de forceps, soit une fréquence de 3,7%.

Parmi ces femmes ayant subi une application de forceps, nous trouvons une fréquence de 2,4% d'hémorragies de la délivrance, fréquence qui est donc le double de la fréquence moyenne des hémorragies de la délivrance (1,2%).

En outre, la gravité mesurée par le nombre de transfusions sur le nombre d'hémorragies est sensiblement supérieure à la gravité habituelle (71%).

Ne peut-on d'ailleurs incriminer les produits anesthésiques utilisés pour endormir la femme, au moment de l'application de forceps. La dynamique utérine est altérée et le déroulement normal de la délivrance est immanquablement entravé.

Nous avons relevé le type de l'anesthésie chez les 7 femmes ayant subi une application de forceps et qui ont présenté une hémorragie de la délivrance ; une seule n'avait pas eu d'anesthésie générale, 5 femmes avaient été anesthésiées au Pentothal et la dernière au fluothane, en association dans tous les cas, avec du protoxyde d'azote, et de l'oxygène.

Nous constatons que, sur ces 7 cas, la quasi-totalité avait subi une anesthésie générale. Si l'on sait, que dans le Service, la majorité des applications de forceps se font sous anesthésie locale, les anesthésiques généraux, semblent donc jouer un rôle non négligeable dans la genèse des hémorragies de la délivrance.

E/ - L'ETAT DU PERINEE

Lorsqu'une agression du périnée vient s'ajouter à l'hémorragie de la délivrance, il est logique de penser que celle-ci va être aggravée par cette nouvelle source d'hémorragie.

Etat du périnée	H	T	% de T par rapport à H
INTACT	58	41	70 %
DECHIRURE PERINEALE	19	13	68 %
EPISIOTOMIE	18	14	77 %

A l'évidence, le saignement qui provient de l'épisiotomie, et d'autant plus s'il existe des varicosités vulvaires, joue un rôle non négligeable dans un certain nombre de cas et la lecture rétrospective de nos observations, nous confirme dans l'idée que, bon nombre des hémorragies dites de la délivrance, sont en réalité des hémorragies mixtes.

.../...

IX - LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'HEURE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LA JOURNEE DE 24 HEURES

L'heure précise de l'accouchement est la seule notion horaire dont nous avons pu faire état, le délai de survenue de l'hémorragie par rapport à la délivrance n'ayant pas toujours été signalé avec suffisamment de netteté.

HEURE	H	T	% de T par rapport à H
1 - 2	13	13	100 %
3 - 4	6	4	66 %
5 - 6	11	7	63 %
7 - 8	6	3	50 %
9 - 10	5	4	80 %
11 - 12	6	2	33 %
13 - 14	7	3	42 %
15 - 16	8	6	75 %
17 - 18	10	8	80 %
19 - 20	12	8	66 %
21 - 22	4	2	66 %
23 - 24	6	4	66 %

Il semblerait y avoir un plus grand nombre d'hémorragies en milieu de nuit et en fin d'après-midi, les deux pics se situant respectivement entre 1 h et 2 h du matin et 19 h et 20 h.

.../...

Par ailleurs, si nous conservons comme critère de gravité, en fonction de l'heure, le nombre de transfusions, nous avons un net pic de fréquence, dans la matinée.

Il illustre selon nous, la seule faiblesse de notre critère de gravité. Le plus grand nombre de transfusions est en effet effectué au moment où le personnel hospitalier est en pleine activité, c'est-à-dire, dans la matinée, mais nous sommes rassurés quant au bon fonctionnement du service, car les différences ne sont pas impressionnantes.

Ceci nous confirme cependant l'hypothèse selon laquelle la vigilance du personnel intervient, sans nul doute, dans la pose des indications thérapeutiques.

.../...

X - LES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE EN FONCTION DE L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Nous avons relevé dans les dossiers l'origine géographique de la femme puisqu'elle est toujours indiquée. Voici les résultats que nous en avons tiré :

ORIGINE	T	H	T/H
FRANCE	41	65	63 %
EUROPE CONTINENTALE	2	3	66 %
POURTOUR MEDITERRANEEN	16	19	84 %
AFRIQUE NOIRE	5	7	71 %

Il apparaît sur ce tableau, sans que nous puissions en tirer des conclusions très significatives, que les hémorragies de la délivrance seraient plus graves chez les femmes du pourtour méditérannéen ; ce qui n'est pas sans évoquer la fréquence particulière, connue dans ce groupe racial de certaines hémopathies.

Dans la même optique, nous avons fait le relevé du nombre des hémorragies et des transfusions, selon le groupe sanguin, dans le système ABO et dans le système Rhésus ; nous navons observé aucune différence significative selon ces critères.

.../...

XI - TRAITEMENT DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Nous avons relevé les différentes thérapeutiques employées en cas d'hémorragies de la délivrance.

A/ - DELIVRANCE ARTIFICIELLE

D.A. = DELIVRANCE ARTIFICIELLE

M. = METHERGIN

Hyp. = HYPOPHYSE INTRA-MURALE.

TRAITEMENT	H	T	% de T par rapport à H
D.A. (en association)	16	14	87 %
D.A. (seules)	9	9	100 %
D.A. + H	3	2	66 %
D.A. + M	10	9	90 %
D.A. + M. + H	3	3	100 %
TOTAL DES D.A. + H.	6	5	82 %
TOTAL DES D.A. + M.	13	12	92 %

.../...

B/ - REVISIONS UTERINES

TRAITEMENT	H	T	% T par rapport à H
R.U. (en association)	24	19	80 %
R.U. (seules)	10	10	100 %
R.U. + Hyp.	6	3	50 %
R.U. + M.	11	9	81 %
R.U. + Hyp. + M	7	7	100 %
TOTAL DES R.U. + Hyp.	13	10	76 %
TOTAL DES R.U. + M.	18	16	88 %

C/ - HYPOPHYSE EN INTRA-MURALE

TRAITEMENT	H	T	% de T par rapport à H.
Hyp. (en association)	36	23	63 %
Hyp. (seule)	1		
Hyp. + M	16	8	50 %

D/ - METHERGIN

TRAITEMENT	H	T	% de T par rapport à H
M (en association)	74	52	70%
M (seule)	27	I6	59%

La gravité même de l'hémorragie a commandé la thérapeutique, que ce soit la délivrance artificielle, la révision utérine ou les ocytociques seuls ou en association. Ainsi nous remarquons facilement que la thérapeutique est d'autant plus active que l'hémorragie paraît plus grave.

.../...

XI - PREVENTION DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

Certains auteurs proposent de "diriger" systématiquement la délivrance normale en administrant un ocytocique au moment de l'accouchement.

- MAYER préconise l'injection intra-veineuse de METHERGIN au moment du dégagement de l'épaule antérieure. Cette méthode provoque une rétraction de l'utérus qui aboutit en règle à un décollement rapide. On diminue ainsi considérablement le risque d'hémorragie de la délivrance et on diminue même l'importance de la perte de sang physiologique. Mais dans certains cas, la rétraction utérine détermine une incarcération du placenta, exigeant une délivrance artificielle, parfois difficile, la contracture gênant l'introduction de la main dans l'utérus.

- LACOMME préfère l'administration intramusculaire de 2 unités de post-hypophyse, au moment du dégagement de la tête. Cette méthode est moins active que la précédente, mais aussi sans inconvénients et d'application plus facile comme méthode de routine, dans un service hospitalier. C'est cette dernière méthode qui a été employée dans le service.

Nous avons relevé ce type de prévention chez 12 femmes sur les 94 cas examinés d'hémorragies de la délivrance, c'est-à-dire environ chez 12% des femmes examinées.

Dans le service, l'administration de post-hypophyse, lors du dégagement des épaules, devrait être systématique, mais en fait, pour des raisons diverses, un nombre assez important de cas échappe à cette prévention, de sorte que, à peu près 75% de femmes seulement reçoivent cette thérapeutique.

Or, dans notre étude 12% des femmes en avaient bénéficié

L'hypophyse intra-musculaire administrée lors du dégagement des épaules, apparaît donc comme un bon moyen de prévention des hémorragies de la délivrance.

.../...

C O N C L U S I O N

Nous avons présenté 94 hémorragies de la délivrance recueillies en six années de pratique à la Maternité de l'Hôpital ROTHSCHILD.

Nous avons jugé la gravité en fonction du nombre de transfusions effectuées, critère qui nous paraît le plus objectif mais dont nous avons vu les faiblesses.

Cette étude nous permet de dégager un certain nombre de facteurs influençant la gravité des hémorragies de la délivrance dans un sens péjoratif.

I/ - DES FACTEURS PROPRES A LA MERE

- Grande multiparité,
- Age (maximum aux âges extrêmes de la vie génitale)
- Durée des règles (maximum de gravité, hors des limites physiologiques),
- Troubles de l'hémostase préexistants,
- Antécédents gynécologiques ou obstétricaux ; grossesse hémorragique, avortements antérieurs curetés,
- Groupe ethnique.

II/ - DES FACTEURS PROPRES A L'ENFANT

- La fréquence surtout paraît augmenter, en cas de gros enfant et de gémellité.

- La gravité l'est aussi, en cas de prématurité et de mort in-utero.

.../...

III - / FACTEURS DUS AUX CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT /

- travail long,
- expulsion prolongée,
- application de forceps,
- épisiotomie

La meilleure connaissance de tous ces facteurs, les uns classiques comme la gémellité ou les antécédents hémorragiques, les autres moins soupçonnés comme la prématurité (mais son importance n'est-elle pas due à sa plus grande fréquence actuelle ?) doit permettre une meilleure prophylaxie de ces accidents, et dans tous les cas, doit inciter à surveiller particulièrement toutes les femmes présentant un risque hémorragique.

Cette attitude a permis d'en abaisser singulièrement la fréquence, non seulement depuis 1925 (3,5%) mais aussi depuis 1956 (1,5%). La gravité persistante de certaines hémorragies, doit néanmoins inciter à une recherche étiologique, toujours plus approfondie, qui permettra de faire régresser encore la mortalité maternelle par hémorragie de la délivrance.

La prévention de ces accidents par l'administration de post-hypophyse, lors du dégagement des épaules, d'après nos résultats, apparaît véritablement efficace.